UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N° 3

Etude Clinique et Thérapeutique des Diverticules Vésicaux

à propos de cinq observations

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1948

PAR

JEAN BAGNÉRIS

Diplômé de l'Institut d'Hydrologie
Diplômé de Médecine du Travail et d'Hygiène Industrielle

MEMBRES DU JURY

MM. FABRE, *Président*
MOREL
VIRENQUE
DIEULAFÉ

Assesseurs.

Suppléant : M. GRIMOUD

IMPRIMERIE PARISIENNE
16, Place du Palais
TOULOUSE

1948

Etude Clinique et Thérapeutique
des
Diverticules Vésicaux
à propos de cinq observations

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N° 3

Etude Clinique et Thérapeutique des Diverticules Vésicaux

à propos de cinq observations

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1948

PAR

JEAN BAGNÉRIS

Diplômé de l'Institut d'Hydrologie
Diplômé de Médecine du Travail et d'Hygiène Industrielle

MEMBRES DU JURY { MM. FABRE, *Président*, MOREL, VIRENQUE, DIEULAFÉ } *Assesseurs*,

Suppléant : M. GRIMOUD

IMPRIMERIE PARISIENNE
16, Place du Palais
TOULOUSE

1948

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET
Assesseur	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER GORSE

Professeurs honoraires

MM. ESCAT, RISPAL, MOOG, MERI
CAUBET, RIBAUT, MAURIN, ARGAU
DALOUS, LAFFORGUE, SERR

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER
Clinique médicale	TAPIE ROQUES
Clinique obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE VALLOIS
Anatomie	CLERMONT
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne	MOREL
Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N...
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Anatomie pathologique	FABRE (J.),
Cliniq. oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale.	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	MONNIER (P.)
Médecine légale et Médecine du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET,	Obstétrique	GUILHEM
Anatomie	COULOUMA.		

AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	LAZORTHES
Histologie	BIMES, ch. des f.
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.),
Ophtalmologie	DEODATI.
Chimie Médicale	VALDIGUIE.
Physique Médicale	MARQUES.
Chirurgie	VIRENQUE GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.),
Pharmacie	COUTURIER.
Chimie générale pharmaceutique	BLANC.
Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY
Cours d'anatomie aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC
Stomatologie	CADENAT
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX.
Législation pharmaceutique	BGUISSET
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.) DAMBRIN (P.)
Microbiologie	BOUISSET
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et cryptogamie	Mme DULUC-MATHOU
Chimie analytique	BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE
Médecine Sociale et du Travail.	BOUNHOURE.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie	BOUNHOURE.
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DEODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES,
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX.

Secrétaire de la Faculté .... DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération du 12 mai 1891,)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

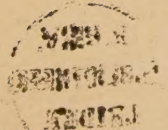
A MES CHERS PARENTS

En témoignage de mon affection et de ma profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

M. LE PROFESSEUR P. FABRE

Professeur de Clinique Urologique.

Nous sommes très sensible au grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse dont il nous a inspiré le sujet.

Nous avons trouvé auprès de lui l'accueil le plus bienveillant et nous le prions de bien vouloir agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance.

A MON JURY DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR L. MOREL

Professeur de Pathologie Interne,
Chargé de l'Enseignement Clinique de la Tuberculose.

M. LE PROFESSEUR VIRENQUE

Professeur Agrégé de Chirurgie à la Faculté.

M. LE PROFESSEUR R. DIEULAFÉ

Professeur Agrégé de Chirurgie à la Faculté.

M. LE PROFESSEUR GRIMOUD

Professeur Agrégé de Chirurgie à la Faculté.

Qu'ils trouvent ici l'expression de nos remerciements pour l'honneur qu'ils nous ont fait en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE

A M. LE DOCTEUR LHEZ

Médecin Chef de Clinique Urologique à la Faculté.

En hommage de notre vive reconnaissance pour son aide et ses conseils, qui nous ont permis de réaliser ce travail.

A MES CAMARADES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

INTRODUCTION

Les diverticules de la vessie ont pris place relativement tard dans la pathologie urinaire.

Jadis, simple découverte d'autopsie ou d'intervention, ils ont pris de nos jours une grande importance, grâce aux progrès de leur étude par la cystoscopie, la cystoradiographie et l'urétroscopie.

Ils méritaient, de ce chef, d'être examinés particulièrement dans une thèse, dont le sujet nous a été inspiré par Monsieur le Professeur Fabre, qui a bien voulu, en outre, nous communiquer les cinq dernières observations de diverticules vésicaux, recueillies dans le service d'Urologie de Toulouse.

Nous l'en remercions bien vivement, tout en joignant notre sincère reconnaissance à Monsieur le docteur Lhez qui nous a conseillé et dirigé dans notre travail.

Le but de notre thèse n'est pas de reprendre l'étude complète des diverticules vésicaux, mais seulement d'examiner l'évolution de certaines notions exposées par Fey et Dossot par rapport aux anciennes conceptions et de les confronter avec nos observations.

Après avoir défini les diverticules de la vessie, nous aborderons successivement :

l'Historique,

l'Exposé de nos obsevations,

l'Etiologie,

les Caractères anatomo-physiologiques,

le Diagnostic basé sur les signes cliniques et surtout sur le résultat des examens spécialisés,

la Pathogénie,

le Traitement avec ses méthodes et leurs indications.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

Les diverticules vésicaux sont des cavités annexées à la vessie, communiquant avec elle par un orifice nettement délimité et tapissé sur sa face interne par un revêtement muqueux continu et identique à celui de la vessie.

Cette définition élimine les pseudo diverticules, c'est à-dire, toutes les poches purulentes paravésicales ouvertes dans la vessie, tous les bas-fonds prostatiques, les vessies doubles et les enfoncements creusés entre les colonnes.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Aux XVII^{e} - XVIII^{e} siècles deux anatomistes HEISTER et WALTER décrivent les premiers diverticules de la vessie.

L'intérêt de cette question fut au début purement pathogénique. LITTRE et HEISTER admettent une origine calculeuse, tandis que MORGAGNI et HOUSTET croient à une origine mécanique par obstacle à l'écoulement urinaire. CRUVEILLER, en 1840, expose sa célèbre théorie sur la hernie de la muqueuse vésicale à travers les mailles laches d'un muscle insuffisant.

Plus tard, les diverticules de la vessie furent étudiés au point de vue clinique. Citons : CHOPART, CIVIALE, GUYON.

Les histo-embryologistes, parmi lesquels nous trouvons: DELBET, CHARPY et ENGLISCH 1894, constatent d'une part, des points faibles dans la musculature vésicale de l'enfant et du fœtus; et d'autre part, l'identité de structure des parois de la vessie et du diverticule. La notion de diverticule congénital était établie.

Durrieux, en 1901, grâce à l'emploi de la cystoscopie, publie un travail important qui, après les tentatives de Péan et Pousson annonce l'ère chirurgicale.

En 1909, la cystoradiographie fait progresser l'étude des diverticules vésicaux.

Etienne 1911, Charbonnier 1912, Busson 1913 se sont attachés surtout dans leurs travaux, à l'étude des diverticules congénitaux.

Indorf publie sa thèse en 1919 sur leur traitement.

Simultanément Blum, de Vienne, puis les américains Young et Bryon publient des satistiques et leurs méthodes opératoires.

En 1922, le Congrès d'Urologie consacre une grande partie de ses travaux aux diverticules vésicaux. Gayet et Gauthier, rapporteurs, insistent sur le traitement radical par exérèse.

Blanc et Négro, deux ans plus tard, inspirés par Marion conseillent le traitement chirurgical.

Falaize en 1932, développe les méthodes thérapeutiques de Marion et Heitz-Boyer et préconise la levée de l'obstacle à la miction comme premier temps à l'intervention.

Le congrès d'Urologie de 1938 permet à Dossot d'exposer ses méthodes de traitement chirurgical basées sur l'importance de la maladie du col dans la pathogénie des diverticules chez le jeune et de l'hypertrophie prostatique chez le vieux.

A la séance du 3 juillet 1940 de l'Académie de Chi-

rurgie, FEY, DOSSOT, WOLFRAM développent le rôle de la résection endo-urétrale par le traitement des diverticules.

Les conclusions de cette séance ont été reprises dans la thèse de PERTHUS en 1941, inspirée par le docteur FEY.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Pierre M..., cultivateur, âgé de 48 ans, est entré le 17 juillet 1944 à la clinique d'Urologie de Toulouse pour rétention urinaire.

En 1940, il présente de la pollakyurie, un jet sans force et des mictions douloureuses.

Le 17 juillet 1944, il est hospitalisé à Toulouse, où l'on pratique un examen complet de son appareil urinaire.

Toucher rectal : rien à signaler.

Urétroscopie : col légèrement œdématié sans barre inférieure.

Cystoscopie : capacité vésicale normale,

quelques colonnes.

orifice diverticulaire de la grandeur dune pièce de deux francs au-dessus et en arrière de la zone des orifices urétéraux normaux.

Cystoradiographie : confirme l'existence de deux diverticules.

On pratique, après cystostomie, la diverticulectomie au bistouri électrique.

On a constaté, à l'opération, la présence de diverticules multiples peu volumineux à orifice circulaire très souple et non scléreux.

Les résultats se traduisirent par une guérison rapide et totale.

OBSERVATION II

Jean-Marie C..., retraité, âgé de 61 ans, est entré le 17 juin 1946 pour dysurie.

Au mois d'avril 1946, débute sa dysurie avec mictions douloureuses et urines claires.

Au moment de son hospitalisation il présente de la pollakyurie nocturne avec jet faible, douleur à la miction et pyurie.

On constate :

Toucher rectal : R à S.

Urétroscopie : R à S.

Cystoscopie : diminution de la capacité vésicale,
paroi supérieure hypervascularisée,
paroi inférieure œdématiée dans la zone urétérale,
orifice diverticulaire de la dimension d'une pièce de un franc.

On pratique, comme traitement, une cystostomie suivie d'une diverticulectomie délicate car le diverticule est difficile à cliver par suite de l'importance de l'infection.

La guérison totale s'en est suivie.

OBSERVATION III

Edmond S..., âgé de 70 ans, est entré le 4 juillet 1944 pour cystite.

Depuis 1943, il présente des mictions douloureuses traitées par des lavages à l'Oxycyanure de Hg.

On pratique en 1944, un drainage large par cystostomie qui s'est montré insuffisant.

Au mois de juillet suivant il présente de la pollakyurie douloureuse et de la pyurie.

On constate :

Toucher rectal : R à S.

Cystoradiographie : diverticule profond à orifice situé près de la ligne médiane en arrière des orifices urétéraux,

orifice très serré.

Signe de Dossot positif.

Urographie ascendante: dilatation de l'uretère gauche.

On a pratiqué une exérèse délicate, le diverticule étant impossible à cliver; le fond doit être abandonné en place.

Les suites immédiates sont excellentes.

OBSERVATION IV

Louis M..., âgé de 72 ans, marinier, est entré le 27 mai 1946 pour dysurie, pollakiurie et cystalgie.

Le début de ses troubles remonte à mars 1946.

A sa rentrée à l'hôpital il présente des urines claires, un jet faible et une pollakyurie nocturne douloureuse.

L'examen de son appareil urinaire montre :

Toucher rectal : hypertrophie prostatique à limite nette du volume d'une grosse noix à consistance adénomateuse.

Urétroscopie : pas pratiquée.

Cystoscopie : orifice diverticulaire de dimensions moyennes.

Cystite.

Cystoradiographie : diverticule à droite et du volume d'une mandarine.

Le sujet a été traité par la diverticulectomie suivie de prostatectomie, permettant d'enlever dans la même séance un adenome de 30 grammes.

Suites simples. Pas de dysurie. Pas de résidu.

OBSERVATION V

Edmond B..., âgé de 52 ans, employé à la P. N. T., à Toulouse, est rentré pour pyurie, cystite, douleur dans la fosse iliaque gauche.

Il y a unet rentaine d'années il a présenté une blennorragie suivie d'orchite qui guérit par des lavages au permanganate de K.

En 1936, à l'hôpital de Nice, un examen cystoscopique pratiqué à la suite de pyurie conclut à l'existence d'un diverticule . En 1944, il est hospitalisé à Toulouse pour pyurie. On diagnostique un abcès urineux et une urétrite avec retrécissement. On opère l'abcès et on dilate le retrécissement jusqu'au béniqué n° 60.

En 1946, une cystoscopie est pratiquée qui nous montre quatre orifices diverticulaires. On les traite par diverticulotectomie.

Mais le malade n'est pas complètement guéri; il se plaint de pollakyurie et de pyurie. L'examen de l'appareil urinaire effectué en 1947, à la suite de la persistance de ces troubles révèle :

Toucher rectal : R à S.

Cystoscopie : capacité vésicale normale,
parois normales,
bas-fond légèrement œdématié,

deux orifices diverticulaires; un sur la face latérale droite, l'autre près du bas-fond vésical.

Cystoradiographie : image des deux diverticules,

signe de Dossot, positif pour le diverticule droit,

résidu vésical.

La résection fut pratiquée et en vingt jours on constata la disparition des troubles fonctionnels et du résidu vésical.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

Les diverticules de la vessie sont favorisés par les points faibles de la musculature vésicale ou les anomalies dans le développement embryologique de la vessie.

Tant qu'un obstacle mécanique à l'écoulement urinaire par : hypertrophie prostatique, rétrécissement urétral, maladie du col ne se manifeste pas, ils restent latents. C'est ce qu'explique l'importance de l'âge et du sexe dans leur étiologie. Cependant certains diverticules se développent sans qu'il soit possible d'en établir leur cause. Ce sont les diverticules congénitaux.

La cause déterminante est un obstacle. L'adénome prostatique était, dans les anciennes statistiques, la cause majeure des diverticules. De nos jours,l'évolution et les progrès des diverses méthodes de diagnostic, en particulier l'Urétroscopie ont démontré la fréquence de l'obstacle cervical. Les retrécissements urétraux n'arrivent qu'au troisième rang et sont, en général, d'origine blennorragique.

Age : chez le jeune ils sont rares car les complications révélatrices surviennent tardivement.

Le maximum de fréquence se situe entre 40 et 70 ans, période correspondante aux maladies du col et aux adénomes prostatiques.

Sexe : Ils sont rares dans le sexe féminin. Les causes d'obstacle à la miction expliquent la fréquence bien plus grande chez l'homme que chez la femme. Sur 122 malades, GAYET et GAUTHIER n'en ont rapporté que quatre cas.

L'étude étiologique de nos observations permet de relever la présence d'un obstacle favorisant, par l'hypertension intravésicale qu'il provoque, pendant la miction, le développement de la poche diverticulaire.

Les diverticules de l'observation IV sont liés à un adénome prostatique, et ceux de l'observation V à une maladie du col. Cependant aucune cause évidente n'a pu être mise en relief dans les observations I et II. Mais il faut noter que dans ces deux derniers cas les examens n'ont pas été approfondis. Les diverticules, eneffet, dominaient le tableau clinique et les résultats de la diverticulectomie ont été excellents.

L'âge de nos cinq malades varie entre 42 ans, qui correspond au début des troubles urinaires constatés chez le malade de l'observation V; et 72 ans chez le malade de l'observation IV.

Aucun cas de diverticule dans le sexe féminin n'a pu être relevé dans le service.

CHAPITRE V

CARACTÈRES ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

Les diverticules vésicaux sont caractérisés par leur nombre, leur siège, leur volume, leur structure au point de vue anotomique et leur vidange au point de vue physiologique.

Leur Nombre est variable; en général unique (81,5 % d'après LEGUEU), quelquefois bilatéraux, parfois multiples.

Leur Siège peut se trouver en n'importe quel point de la vessie, sauf au niveau de la région du trigone qui possède une puissante musculature. Mais le siège le plus fréquent correspond à la zone para-urétérale, point faible de la vessie.

Leur Volume varie de la grosseur d'une noisette à celui d'une tête d'enfant.

Leur Forme, en général sphérique ou demi-sphérique est, au contraire, s'ils sont volumineux, fonction des organes voisins et des adhérences péridiverticulaires.

La Structure anatomique des parois et de l'orifice a été souvent controversée.

Les parois des diverticules congénitaux ou acquis, tout au début de leur développement sont identiques à la vessie. Elles comprennent une muqueuse et une musculeuse.

L'orifice diverticulaire n'est pas un véritable sphincter. Il emprunte sa contractilité aux fibres musculaires qui le bordent. Rien, en effet, n'affirme l'indépendance anatomique et physiologique de ces faisceaux musculaires.

Les controverses proviennent des modifications structurales dûes aux réactions inflammatoires, aux distensions de la poche et aux adhérences qu'elles contractent avec les organes voisins (péritoine, uretères).

Leur Vidange est liée aux dimensions de l'orifice, à sa position par rapport au bas-fond diverticulaire et au pouvoir contractile de la poche.

L'orifice est large dans les obstacles à évolution rapide; il est, au contraire, étroit dans les obstacles à évolution lente. L'explication est simple. Dans le premier cas, la vessie n'a pas le temps de réagir; dans le deuxième cas, l'hypertrophie musculaire réactionnelle peut se former lentement et jouer son rôle de striction.

La poche se videra d'autant mieux que l'orifice siègera plus près du point déclive diverticulaire.

La valeur contractive de la couche musculaire joue un grand rôle. Si son pouvoir est conservé et l'orifice large, la vidange que l'on peut contrôler par cystoradiographie est complète après la miction. Mais souvent le diverticule a un rôle purement passif dans sa distension et sa vidange. Cette passivité est dûe à la sclérose qui infiltre sa couche musculaire et aux adhérences qui la fixent.

Tous les caractères anatomo-physiologiques n'ont pu être recherchés dans toutes nos observations. Ils se rapportent aux poches diverticulaires, leur nombre, leur volume, leur vidange; et aux orifices, leur siège et leur dimension.

Nombre : Obs. I. Multiples.
Obs. II. Unique:
Obs. V. Quatre.

Volume : Obs. I. Peu volumineux.
Obs. IV. Volume d'une mandarine.

Siège : Obs. I. Au-dessus et en arrière des orifices urétéraux.
Obs. III. Près de la ligne médiane, en arrière des orifices urétéraux.
Obs. V. Un orifice sur la face latérale droite et un autre près du bas-fond vésical.

Dimensions : Obs. I. Pièce de 2 francs.
Obs. II. Pièce de 1 franc.
Obs. III. Orifice très serré.
Obs. IV. Dimensions moyennes.

Vidange : Obs. III, V. Vidange incomplète, signe de Dossot positif.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des diverticules de la vessie se base sur l'étude des signes cliniques complétée par les examens spécialisés indispensables.

A) Signes cliniques.

Les signes cliniques de la diverticulose vésicale sont toujours discrets: aussi amènent-ils rarement le malade à consulter. Ce n'est souvent qu'à la période des complications qu'un médecin intervient.

Aussi le tableau clinique peut être :

Soit nul; on a alors un diverticule latent,

soit apparaître comme une affection urinaire banale pour laquelle on soupçonne un diverticule,

soit plus fréquemment révélé par des complications.

Première Période : *DIVERTICULES LATENTS*

Un diverticule de faible volume ne se traduit par aucun

signe clinique, physique ou fonctionnel. Un examen fortuit permettra seul le diagnostic.

Cette phase de latence existe toujours et sa durée est variable: Elle persiste ou cesse dès l'apparition de facteurs pathologiques qui apparaissent, en général, à deux moments bien distincts de la vie: d'une part, aux environs de la quarantaine par retrécissement blennorragique, d'autre part, vers la soixantaine par hypertrophie prostatique ou par maladie du col.

Deuxième Période

DIVERTICULES EVOLUANT COMME UNE AFFECTION URINAIRE BANALE

Succédant au diverticule latent elle comprend une symptomatologie fonctionnelle et physique.

A) Signes fonctionnels

Ils sont essentiellement urinaires : dysurie, pollakiurie, miction en deux temps, plus rarement rétention aigüe d'urine.

Dysurie : La miction est longue, lente, sans force et le jet est déformé.

Pollakiurie : Le malade urine fréquemment le jour et la nuit. Mais elle ne s'accompagne pas de douleur ou de brûlure. Les urines sont claires et l'examen cystobactériologique négatif.

Miction en deux temps : Ce signe est important et demande à être soigneusement étudié. Le malade évacue le contenu de sa vessie, puis le diverticule après un temps d'arrêt plus ou moins net.

Pour provoquer cette seconde miction, le malade recourt souvent à un changement de position ou à des pressions sur son bas-ventre au niveau du diverticule. Ce signe peut ne pas exister si l'orifice diverticulaire est trop large ou si le drainage est suffisant; aussi n'est-il pas toujours pathognomonique.

Rétention aigüe d'urine : Ce signe peut être la manifestation initiale de l'affection. La rétention peut céder spontanément, nécessiter un cathétérisme évacuateur ou peut récidiver. Son mécanisme demeure encore obscur et semble dû à la compression du col visical par le diverticule au niveau de la symphyse pubienne. Elle exige le traitement radical pour éviter l'infection par rétention urinaire.

B) Signes physiques

La symptomatologie physique a peu d'intérêt dans l'étude clinique des diverticules, sans le toucher rectal et le cathétérisme évacuateur.

L'inspection n'intéresse que les diverticules très volumieux exceptionnels en pratique.

La *palpation* facilite le deuxième temps de la miction. Elle peut faire découvrir, dans quelques cas, chez un individu maigre une tumeur liquide plus ou moins fluctuente.

La *percussion* met en évidence une matité que rien ne peut différencier des tumeurs paravésicales.

Le *toucher rectal* est indispensable à pratiquer pour étudier surtout l'état de la prostate et pour sentir associé à la palpation abdominale certains diverticules.

Le *cathétérisme évacuateur* complètera l'examen physique. Le cathétère introduit dans la vessie provoquera l'évacuation de quelques centimètres cubes d'urine, le reste s'écoulera goutte à goutte. La pression sur l'abdomen vis-à-vis du diverticule ou une variation de position du sujet suffit à augmenter le débit. Le résidu urinaire recueilli par ces manœuvres est fonction du volume et du drainage diverticulaire.

Troisième Période

COMPLICATIONS DIVERTICULAIRES

Souvent les diverticules ne sont vus qu'à cette période.. Ces complications succèdent d'ailleurs aux troubles urinaires déjà étudiés. Si elles en facilitent le diagnostic elles en assombrissent le pronostic. Aussi a-t-on intérêt à les prévoir pour avoir les meilleures chances thérapeutiques.

A côté de l'infection qui est la plus fréquente nous trouvons les complications mécaniques, lithiasiques, néoplasiques et tuberculeuses heureusement plus rares.

A) Complications infectueuses.

Deux caractères essentiels permettent de les diagnostiquer : la douleur et la pyurie.

La *douleur*, plus ou moins vive, souvent sourde est maximum à la fin de la miction. Elle se superpose au ta-

bleau classique déjà décrit. L'origine de cette douleur revient à la diverticulite favorisée par la rétention intra-diverticulaire ou à la cystite.

L'*urine devient trouble* si la vessie est intacte, cette pyurie n'apparaît qu'au deuxième temps de la miction.

L'*évolution de l'infection* se fait soit localement et aboutit au sphacèle des parois diverticulaires, soit vers la vessie et les voies urinaires supérieures.

La *nécrose du diverticule* permet au pus de se propager vers le péritoine souvent adhérent ou vers le pelvis occasionnant un phlegmon pelvien.

La *cystite* coexiste fréquemment avec l'infection diverticulaire et ne peut être traitée que si le foyer est extirpé. Toute cystite rebelle à un traitement énergique et consciencieux est suspecte de diverticulite. Ce phénomène s'explique par la libre communication de la vessie avec la poche et la continuité des muqueuses.

Les *voies urinaires supérieures* ne tardent pas à être infectées par voie ascendante. Cette infection évoluant sur un rein dont le bassinet est dilaté aboutit à une pyélonéphrite grave.

B) Complications mécaniques.

Elles sont dûes aux compressions des organes voisins par un diverticule volumineux. Le rectum comprimé entraîne une constipation opiniâtre. Les uretères surtout provoquent une rétention d'urine déterminant une hydronéphrose. La vessie est souvent refoulée contre la symphyse pubienne occasionnant une rétention intravésicale.

C) Complications lithiasiques.

Les calculs diverticulaires naissent dans celui-ci, plus rarement ils viennent de la vessie. Ils sont uniques, mais plus fréquemment multiples, plus ou moins volumineux et se déposent dans le bas-fond du diverticule. Ces calculs présentent les mêmes signes cliniques que les calculs vésicaux. Ce sont surtout les examens radiographiques qui établiront le diagnostic. Ils tendent à émigrer vers la vessie et l'urètre par où ils s'éliminent si leur volume le permet. Leur composition chimique, en général phosphatique, indique bien leur origine infectieuse.

D) Complications néoplasiques.

Elles sont rares et peuvent réaliser des tumeurs bénignes ou au contraire malignes.

E) Complications tuberculeuses.

Rarissimes. Iles évoluent après une bacillose rénale.

Nos observations présentent un tableau clinique de signes urinaires banaux compliqués d'infection.

Parmi les signes fonctionnels urinaires, le plus fréquent est la pollakiurie qui coïncide souvent avec un jet urinaire faible. Cependant la miction en deux temps n'a jamais pu être relevée.

Le toucher rectal pratiqué systématiquement chez tous

nos malades a montré un cas (obs. IV) d'adénome prostatique du volume d'une grosse noix.

Le cathétérisme a permis d'évacuer un résidu de 150 centimètres cubes chez le malade de l'observation V et de 45 centimètres cubes chez le malade de l'observation IV.

A ce tableau se surajoute les signes d'infection. Ils se traduisent par des mictions douloureuses dûes à une cystite, associées dans les observations III et V à de la pyurie.

B) Examens spécialisés.

Le diagnostic du diverticule délicat par la clinique nécessite l'intervention de l'urétroscopie, la cystoscopie, la cystoradiographie et scopie ainsi que l'urographie.

I. URETROSCOPIE

Elle permet d'étudier l'état de l'urètre s'est-à-dire sa muqueuse, ses glandes et son calibre ainsi que l'état du col vésical.

La muqueuse apparaît normalement rose jaunâtre, lisse, brillante et réfringente avec un reflet humide.

Les orifices glandulaires sont à peine visibles sauf en cas de suppuration. Le calibre est susceptible d'être modifié par les cicatrices inflammatoires où la blennorragie tient la première place.

Normalement le col vésical apparaît souple et sa muqueuse est en continuité avec celle de la vessie.

Les modifications cervicales se traduisent par un bourrelet concave plus ou moins saillant visible en arrière ou par la sclérose du muscle sphinctérien associée à une lésion fonctionnelle créant un spasme auquel se surajoute l'œdème lui-même facteur de sclérose. C'est ce que l'on appelle la maladie du col.

II. CYSTOSCOPIE

Pour pratiquer la cystoscopie certaines conditions sont indispensables. Il faut d'abord s'assurer que la vessie n'est pas trop enflammée car la cystite rend l'opération intolérable et la visibilité faible, et qu'en plus, un adénome ou un retrécissement ne s'y oppose. Devant ces complications il faut temporiser l'examen pour traiter la cystite par des lavages antiseptiques ou lever l'obstacle par urétrotomie ou protatectomie.

Ses avantages sont importants. Elle permet de diagnostiquer le diverticule en étudiant l'orifice, sa morphologie et son siège par rapport aux méats urétéraux et de nous renseigner sur l'état de la muqueuse vésicale.

L'orifice diverticulaire apparaît arrondi, ovalaire ou polyonal suivant la direction des fibres musculaires qui le limitent. Il est plus ou moins contractile au moment de la miction. La meilleure description a été donnée par Blum « Ceci, dit-il, consiste en trous noirs ou rouges sombre se détachant à l'emporte pièce dans la vessie lumineuse et claire. Généralement arrondis, leur importance est bien supérieure à celle d'un orifice urétéral, si haut soit-il. Ils

attirent immédiatement. Quand on en a vu une fois, cette vision est inoubliable. » Ajoutons à cette description que ces orifices abondamment vascularisés sont comparés, à cause des plis radiés de la muqueuse, à un anus entr'ouvert.

Le siège de l'orifice correspond, en général, à la zone para-utérale.

La cystoscopie permet de localiser les uretères. Le méat urétéral est, en général, extra diverticulaire. Il est rare de le voir au fond de la poche. Mais il peut être périphérique par attraction dûe au développement diverticulaire. Cette précision est importante car elle permet de nous renseigner sur la gravité de l'évolution de l'infection par voie ascendante.

La muqueuse vésicale apparaît normalement à l'examen endoscopique rose jaune sillonnée de vaisseaux rouges et présentant à son sommet une bulle d'air. Mais elle peut être enflammée et présenter des signes de cystite. La muquense est alors rouge et hypervascularisée.

III. CYSTORADIOGRAPHIE

La *technique* est très simple. Nous l'emprunterons à Legueu et Papin. La vessie est tout d'abord remplie d'un liquide opaque. Le collargol à 5, 10, 15 % est, en général, utilisé. On étudie sur l'écran l'image diverticulaire. On prend ensuite deux clichés, un de face et un de profil. Le diverticule apparaît nettement dans l'une des deux positions.

Pour améliorer la netteté del'image on peut injecter, après la miction, de l'air dans la vessie. Ce procédé appelé

pneumocystographie a pour but d'éviter l'évacuation diverticulaire et de montrer, par contraste, le fond clair présenté par la vessie.

La *cystoradiographie doit se faire avant et après miction et après sondage.*

Avant miction, elle confirmera le diagnostic et précisera le volume et le nombre des diverticules.

Après miction, elle permet d'étudier la vidange diverticulaire et de déceler la rétention.

On complètera la cystoradiographie mictionnaire par l'examen radiographique après sondage urétral. Préconisé par Dossot, il a pour but de supprimer l'obstacle et d'étudier alors la vidange de la poche. Si elle se vide complètement, ce signe est dit négatif, si, au contraire, il reste un résidu, il est dit positif.

Cette notion de rétention intradiverticulaire est indispensable avant de décider de la conduite du traitement. Un signe de Dossot négatif commande une résection ou une prostatectomie. Positif, il indique la diverticulotectomie isolée ou associée à la levée de l'obstacle.

IV. UROGRAPHIE

Elle se *pratique* par voie ascendante, grâce à l'injection d'une substance opaque par cathétérisme urétéral ou par voie descendante excrétrice, par l'injection intraveineuse d'un produit non caustique et non toxique s'éliminant par les reins.

L'Urographie nous fournit des *indications* intéressantes. Elle nous montre le fonctionnement rénal, nous ren-

seigne sur l'état des uretères et peut se combiner à la cystoradiographie.

La valeur fonctionnelle des reins est étudiée par la méthode excrétrice. Cet examen compense l'impossibilité d'effectuer l'épreuve de la P. S. P. et la recherche de la constante d'AMBARD.

Le cliché des voies urinaires supérieures apporte une précision importante au point de vue pronostic.

Elle nous donne l'image de la vessie lorsque le liquide opaque la remplit, évitant ainsi un examen cystoradiographique supplémentaire.

Dans nos observations seules la cystoscopie et la cystoradiographie ont été pratiquées systématiquement. Leurs résultats ont permis d'établir le diagnostic, de préciser les caractères déjà étudiés des diverticules et d'observer l'état de la muqueuse vésicale qui présentait des signes nets de cystite dans les observations II et IV. Le signe de DOSSOT a été recherché dans l'observation III où ils'est montré positif; l'orifice diverticulaire étant serré et la poche profonde. Recherché également dans l'observation V, on a constaté une rétention intradiverticulaire partielle. La diverticulotectomie fut pratiquée dans ces deux derniers cas. Elle fut suivie, dans la seconde observation, de résection du col qui amena une guérison rapide.

L'urétroscopie a montré, dans l'observation I un urètre normal et un col légèrement œdématié sans barre inférieure. Dans l'observation II le col vésical était normal.

L'urographie n'a été pratiquée que chez le malade de l'observation V, où elle a rrvélé une dilatation de l'uretère gauche.

CHAPITRE VII

PATHOGÉNIE

Les constatations de Fey et de Dossot ont modifié les notions pathogéniques classiques en rappelant le rôle primordial et fréquent de l'obstacle, en particulier de la maladie du col dans la genèse des diverticules.

La division en diverticules congénitaux et acquis s'explique par le fait que les anciens auteurs n'ont vu qu'une seule cause à leur origine, soit une malformation congénitale de la vessie, soit un obstacle à l'écoulement urinaire où l'adénome prostatique jouait le plus grand rôle. Ainsi l'origine congénital était soupçonnée, toutes les fois qu'un obstacle urétral ne coexistait pas.

En montrant, grâce aux progrès réalisés par l'endoscopie le rôle fréquent de la maladie du col, Fey et Dossot ont rétréci le champ des diverticules congénitaux. Ces auteurs définissent les diverticules comme une hernie de la muqueuse à travers le réseau musculaire de la vessie à la fois hypertrophiée par la lutte contre la dysectasie et dissocié par la distension vésicale. Dans la statistique qu'ils publient, sur vingt cas, ils rencontrent dix-neuf cas d'obstacles dont quatorze cervicaux et cinq prostatiques.

Un seul cas qualifié d'exceptionnel s'est présenté sans lésion cervicale ou prostatique. Et ils concluent à la *rareté des diverticules congénitaux qu'ils opposent à la fréquence des diverticules acquis développés à la faveur d'un obstacle cervical plus rarement prostatique.*

Faisons maintenant un parallèle avec la pathogénie de nos observations. Nous constatons que si les observations IV (adénome prostatique) et V (maladie du col) sont des diverticules acquis, les observations I et II se signalent par l'absence d'un obstacle à la miction et où la diverticulectomie a abouti à la guérison totale et rapide. Il faut cependant noter que les examens pratiqués ont été incomplets ou insuffisants.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

De nombreuses méthodes ont été employées pour le traitement des diverticules, mais le résultat dépend surtout de leur choix, fonction de certains facteurs cliniques et pathogéniques.

A) Méthodes.

Les méthodes varient suivant que l'on veut agir sur la poche (méthode palliative, méthode radicale) ou sur l'obstacle (prostatectomie, résection du col).

I. METHODES PALLIATIVES

Elles comprennent les sondages, les lavages vésicaux, les drainages diverticulaires.

1. *Les Sondages* peuvent être répétés ou pratiqués à la sonde à demeure. Cette méthode est insuffisante car si le résidu vésical est facilement évacué, le diverticule, par contre, est incomplètement vidé dans la majorité des cas.

2. *Les Lavages* vésicaux donnent des résultats décevants car le diverticule ne peut être atteint. HEITZ-BOYER, pour obtenir une vidange complète du diverticule, fait prendre à ses malades la position sur le ventre.

3. *Pour le Draingae*, on pratique :

Soit *l'incision du diverticule sans toucher à la vessie.* Rarement pratiquée, sauf dans le cas de rétention intradiverticulaire aiguë, elle n'a donné que peu de résultats,

Soit *le drainage par voie transvésicale.* Quelques succès ont été obtenus. BRUSSON, dans sa thèse, publie que sur dix-sept cas il y a eu 8 améliorations et 9 guérisons. GAYET et GAUTHIER, sur quinze cas, rapportent 6 morts et 9 survies. Ce dernier procédé est conseillé par LEGUEU et condamné par DAY et MARTIN. Le danger provient de la cellulite pelvienne souvent consécutive à l'extravasation de l'urine septique,

Soit l'*agrandissement de l'orifice entre la vessie et le diverticule suivi d'un drainage.* Les conséquences n'ont guère été concluantes.

II. METHODES RADICALES

Elles visent la suppression du diverticule par :

1. L'*Exclusion du Diverticule* qui consiste, après drainage diverticulaire, à fermer l'orifice de communication avec la vessie par une suture au catgut. Les inconvénients

proviennent de l'infection de cette cavité close malgré les soins apportés.

2. *La Marsupialisation* qui est une méthode préconisée par MOREAU et POTHERAT ayant pour but d'aboucher directement le diverticule à la paroi abdominale et ainsi de le drainer. La marsupialisation n'est pratiquée que chez les malades profondément infectés et dont le diverticule est assez volumineux pour s'aboucher à la paroi abdominale.

3. L'*Invagination du diverticule.* Cette méthode réalisée par WAGNER en 1904, perfectionnée par PAUCHET a pour résultat de retourner le diverticule en doigt de gant dans la vessie et de le sectionner au niveau de son collet.

La technique à suivre comprend :

L'incision suspubienne.

La libération de la vessie des organes voisins jusqu'au diverticule.

L'ouverture de la vessie et son lavage à l'éther.

L'invagination en doigt de gant dans la cavité vésicale par voie externe.

La fixation du diverticule invaginé par trois points au catgut en U.

La fixation de la vessie à la paroi abdominale et la mise en place d'un tube de MARION.

Le diverticule retourné est ainsi laissé dans la cavité vésicale.

4. L'*Extirpation.* Cette méthode radicale a été réalisée par PEAN et CZERNY, puis par YOUNG, WAGNER et POTHERAT.

Trois voies d'accès sont possibles :

La voie supérieure ou abdominale.
La voie postérieure ou sacrée.
La voie inférieure ou périnéale.

La voie abdominale est la seule suivie. Arrivé au péritoine, deux voies se présentent :

La voie extrapéritonéale.
La voie intrapéritonéale.

La première est très usitée (MARION, ENGLISCH et WAGNER). Elle offre le minimum d'infection, mais les adhérences avec le péritoine doivent être surveillées.

La deuxième est, au contraire, rarement suivie. Elle facilite l'infection car la septicité diverticulaire est souvent importante. Cette voie n'offre un intérêt thérapeutique que pour les diverticules haut situés dont on peut atteindre le collet pour le couper, mettant ainsi la séreuse à l'abri de l'infection.

Arrivé à la vessie, le chirurien peut employer plusieurs méthodes :

Extravésicales.
Intravésicales.
Extra et intravésicales associées.

a) *Méthode extravésicale.* — Cette méthode conseillée par MARION, DUVERGEY, GAYET et GAUTHIER vise à extirper le diverticule sans léser la vessie.

L'opération consiste à :

Remplir la vessie.
Libérer le diverticule de la séreuse qui le recouvre.

Couper ensuite le collet entre deux liatures et à l'enfouir.

Cette méthode a l'avantae d'éviter de mettre en rapport l'espace paravésical avec le contenu septique du diverticule. Cependant elle ne s'applique parfaitement qu'à certaines poches à collet mince, peu infecté et à situation haute.

b) *Méthode intravésicale.* — Cette méthode est la plus employée. Elle peut s'effectuer suivant deux techniques :

Soit par une inversion du sac avec résection.

Soit par une incision du collet avec attraction vésicale et résection.

L'*inversion du sac avec résection* est utilisée par Bryan, Czerny, Young. Elle présente deux modes d'application :

Soit par traction (Zaaiger, Bryan).
Soit par aspiration (Young).

La traction consiste à attirer le fond du diverticule dans la vessie en le retournant en doigt de gant. La suture de l'orifice et l'extirpation diverticulaire complètent l'opération. L'inconvénient provient des adhérences qui peuvent exister entre le fond de la poche et les organes voisins (intestins et péritoine).

L'aspiration vise à attirer à l'aide d'un aspirateur le bas-fond du diverticule dans la cavité vésicale. L'extirpation termine l'opération. Les inconvénients, comme dans la méthode de Zaaige, proviennent du volume et des adhérences qui rendent l'invagination impossible.

La résection du diverticule après incision du collet et attraction intravésicale essayée par Young aux U. S. A.

et Rochet en France, a été reprise par Marion qui l'a rendue applicable à tous les cas.

Ce procédé dit « du sac de hernie » ou *Marion n° 2* est décrit dans la thèse de Falaize (1932).

Sous anesthésie générale ou rachianesthésie on remplit la vessie par du nitrate d'argent a 1 ‰. Le malade est placé en position de Trendelenburg. On pratique une incision sus-pubienne sur 10 à 12 centimètres de la peau et de la gaine du muscle grand droit, en se portant vers la ligne médiane et l'ouverture du fascia postérieur. On pratique ensuite l'incision transversale légère du fascia prévésical en bas. Le cul-de-sac péritonéal étant remonté à l'aide d'une compresse on incise la vessie entre deux catguts qui la fixent à la paroi abdominale. On met ensuite l'écarteur de Legueu. On assujettit les 4 pinces de Kocher sur le collet et on incise sur son pourtour la muqueuse vésicale. Les 4 pinces rassemblées dans la paume de la main attirent le diverticule progressivement dans la vessie, tandis que l'index gauche le libère de proche en proche. Les brides trop adhérentes sont sectionnées au ciseau.

c) *Méthodes extra et intravésicales associées.*

Cette méthode résulte de l'échec de la voie extravésicale et plus rarement de la voie intravésicale.

Nous reprendrons sa technique très bien exposée par Marion et désignée sous le nom de « *procédé de Marion n° 1* ».

Le malade étant en position de Trendelenburg on pratique l'incision sus-pubienne médiane, l'ouverture de

la vessie, la mise en place de l'écarteur de Legueu et la désinfection de la vessie et du diverticule au nitrate d'argent. On décolle latéralement la vessie du péritoine et de la paroi pelvienne. La paroi vésicale est alors fendue, puis le diverticule est décollé et attiré dans la vessie. Le collet est alors sectionné et la vessie est fermée sur un drain coudé. On ferme avec drainage paravésical la paroi abdominale.

Cette méthode est délaissée car, très shockante, elle nécessite de grandes incisions longues à cicatriser.

Pour diminuer le choc opératoire et permettre une désinfection de la vessie on pratique l'extirpation du diverticule en deux temps.

Premier temps : Cystostomie.

Deuxième temps : Extirpation proprement dite.

Le temps laissé entre ces deux interventions varie de huit jours à six mois. Le deuxième temps se pratique ainsi sur un malade déjà amélioré, ce qui augmente les chances de succès. Il doit s'accompagner de la levée de l'obstacle à la miction par urétrotomie ou prostatectomie.

Un cas spécial doit être noté. Quand l'uretère s'abouche dans le diverticule on l'incise en gardant une collerette autour du méat uréteral qui servira à le reimplanter après diverticulectomie, sur la paroi vésicale.

Nous ne terminerons pas le traitement des diverticules sans noter la méthode récente de Heitz-Boyer.

Elle s'applique aux gros diverticules et se pratique au bistouri électrique en employant les voies trans et extra-

vésicales. Cette technique a été employée pour le traitement du malade de l'observation I.

La tchnique est la suivante : remplissage de la vessie au nitrate d'argent à 1 ‰, incision médiane sus-pubienne au niveau de la ligne blanche, mise en place de l'écarteur de Gosset, à partir de ce moment, l'intervention se pratique au bistouri électrique. La vessie est libérée jusqu'au diverticule. Après son incision et le repérage des uretères on dissèque et on resèque le diverticule. On termine en suturant partiellement la brèche vésicale sur un drain à double courant. Cette méthode a donné de très bon résultats. Elle évite l'hemorragie, le choc, et on opère un milieu aseptique pendant la majorité de l'opération.

III. METHODES AGISSANT SUR L'OBSTACLE

Ces méthodes varient selon que l'on se trouve en présence d'une maladie du col ou d'un adénome prostatique.

La *maladie du col* réclame l'ablation totale par voie transvésicale après cystostomie. C'est la technique de Marion.

On préfère la voie endoscopique moins sanglante et moins shockante. Le malade doit être préparé deux mois avant l'intervention. Elle se pratique grâce à la diathermie et a pour but d'enlever quelques copeaux au niveau du col. L'amélioration obtenue est en général immédiate et remarquable.

L'*adénome prostatique* nécessite une prostatectomie par voie hypogastrique (Freyer) après cystostomie ou une résection endo-urétrale.

La technique de l'*opération de Fuller-Freyer* est la suivante. On pratique une incision vésicale par laquelle on introduit l'index. Celui-ci déchire la muqueuse en arrière de la saillie adénomateuse et pénètre dans le plan de clivage entre l'adénome et le tissu prostatique refoulé. On énucle alors l'adénome d'abord sur ses faces latérales puis sur sa face postéro-inférieure. Pendant quatre jours on draine avec un tube de FREYER que l'on remplace ensuite par un tube de MARION. Au douzième jour on place une sonde à demeure. La miction volontaire se rétablit entre le douzième et le trentième jour. Les résultats opératoires sont excellents surtout si on la pratique en deux temps.

Premier temps : Cystostomie sus-pubienne qui assure l'amélioration de l'état local et général.

Deuxième temps : Enucléation par la plaie sus-pubienne.

La *résection électro-endoscopique* de la prostate s'applique aux petits adénomes en particulier cervicaux, chez les cachectiques et chez les malades non justiciables de l'opération sanglante parce que les troubles sont légers et le résidu faible.

B) Conduite du traitement.

La conduite du traitement varie suivant que le malade rentre dans l'un des quatre cas schématisés ci-après :

I. Premier cas.

LE DIVERTICULE EST LA MALADIE ESSENTIELLE

La poche diverticulaire peut exister seule ou dominer le tableau clinique du fait de son volume, de son degré d'infection ou de l'insuffisance de sa vidange. Les lésions cervico-prostatiques sont, au contraire, peu importantes.

La diverticulectomie est le procédé de choix si le sujet est opérable. Elle peut être combinée à une résection endo-urétrale ou à une prostatectomie immédiate ou secondaire si elle paraît nécessaire.

II. Deuxième cas.

LA LESION DE COL DOMINE LE TABLEAU CLINIQUE

La poche diverticulaire est alors peu importante par rapport à la rétention.

La résection endo-urétrale est alors indiquée surtout si le diverticule est petit, peu infecté, à évacuation presque totale par miction ou par sondage. Les suites cliniques

nous renseignent s'il faut secondairement intervenir sur le diverticule.

III. Troisième cas.

LES LESIONS DU COL ET LES TROUBLES DIVERTICULAIRES SONT ASSOCIES

La conduite à suivre consiste à intervenir en premier lieu sur le col par résection endo-urétrale et à surveiller le malade pour voir si la diverticulectomie sera nécessaire.

IV. Quatrième cas. — CAS GRAVES

Cette gravité dépend de l'état local en particulier de l'infection et de l'état général du sujet.

Les méthodes palliatives sont alors indiquées en particulier le drainage après cystostomie. L'évolution nous renseignera sur la thérapeutique à suivre.

La plupart de nos observations se rapportent au premier cas. Les observations I et II n'ont nécessité qu'une simple diverticulectomie car le diverticule était isolé. Le résultat se traduisit par une guérison totale et immédiate.

Dans les observations IV et V le diverticule domine le

tableau clinique mais coexiste avec un obstacle prostatique (obs. IV) et cervical (obs. V). Dans l'observation IV la diverticulectomie fut pratiquée conjointement à la prostatectomie. Au contraire, dans l'observation V la diverticulectomie s'étant révélée insuffisante, il fallut secondairement procéder à une résection du col.

CONCLUSION

De notre exposé nous pouvons retenir quelques idées essentielles.

Les diverticules ne sont pas rares.

Ils sont acquis et plus rarement conénitaux. Les diverticulesac quis sont liés fréquemment à un obstacle cervical.

La clinique seule est insuffisante à établir un diagnostic car elle ne comprend que des signes urinaires banaux. Les diverticules se présent souvent à la période des complications.

Les examens spécialisés sont indispensables pour déterminer le diagnostic. Ils précisent les caractères de la poche et de son orifice et nous renseignent sur l'état des voies urinaires.

Le traitement consiste à lutter contre l'obstacle par résection endo-urétrale ou contre la poche par exérèse suivant le « *procédé de Marion n° 2* ».

Si la poche ou l'obstacle domine le tableau clinique le traitement est simple : diverticulectomie ou résection.

Si la poche et l'obstacle coexistent il faut d'abord agir sur le col ultérieurement sur la poche.

Si l'état général est grave on opère en deux temps : cystostomie puis diverticulectomie.

Le pronostic est fonction des complications et le danger est au rein. On doit donc pour obtenir les meilleurs résultats faire un diagnostic précoce et établir des indications opératoires précises.

Vu : *Le président de la thèse,*
P. FABRE.

Vu : *Le doyen,*
CALVET.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 9 Décembre 1947.
Le Recteur,
président du Conseil de l'Université,
DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

ALESSANDRI. — Hernies de la vessie (*Am. Gén. Ur.*, mars 1901).

AMANTE. — Diverticule de la vessie contenant un gros calcul, ouvert vers le pourtour périanal (*Arch. Ital. de Chir.*, décembre 1921 et *Riforma Medical*, 27 octobre 1921).

ASHLEY et MONTAGU (M.-F.). — Remarque sur une vessie avec un énorme diverticule et de nombreux diverticules chez un sujet âgé ne présentant pas de signes de désordres urinaires (*Ur Cut. Rev*, mars 1939, p. 209, in *J. d'Urologie*, t. 48, n° 1, juillet 1939, p. 8p).

ATTWATER et JACOBSOHN. — Enorme diverticule de la vessie (*The British Medical Journal*, n° 3.819, 17 mars 1934).

BARNES et BERGNAN. — Transurétral diverticulotomy (*Ur, and. Cut. Review*, janvier 1938).

BABIES. — Ueber Blasendivertikel (*Z, F. Ur. Chir.*, 1936 - 42 - 48).

BANARÈS ZARZOSA (P.). — Diverticulo vésical consecutivo a antigua sténosis de uretra (*Rev. Med. de Canarias* 2 : 320 - 325, août 1933).

BLANC. — La cystoraphie (Masson édit., Paris 1926).

BLANC et NEGRO. — Considérations cliniques et opératoires au sujet de 13 cas de diverticules de la vessie (*Journ. d'Ur.*, t. XVIII, n° 3, septembre 1924).

BLANCHOT (H.). — Deux observations de diverticules de la

vessie (*Soc. de Chirurg. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, séance du 8 décembre 1932,, in *Gaz hebdo. des Soc. Méd. de Bordeaux*, n° 4, 22 janvier 1933, p. 61).

Blum (V.). — Zur Theorie des Residualharnes (*Wien Klin. Wschrift*, 1927, n° 39).

— Harnblasendivertikel neue Erfahrunen und Krit.-Literaturstudie (*Z. f. Urol. Chir.*, 1923-12).

— Disturbances of urination in diverticular of bladder (*Wien Med. Asso. Jour.*, n° 6, Toronta, juin 1928, p. 661).

Boardmar. — Diverticulosis of the urinary bladder (*The Canadian Méd. Ass. Journal*, n° 6, Toronta, juin 1928, p. 661).

Bonnau. — A propos des diverticules de la vessie (*Soc. des Chir. de Paris*, 17 févr. in Paros, n° 2, p. 114, févr. 1922).

Bonn et Erdmann. — Vesse en sablier (*Journ. d'Urol.*, mai 1921, p. 592).

Boretti (C.). — Diverticules de la vessie (*Pathol. et Clin.*). (Un vol. de 183 pages, 1928, Capelli édit. Bologne).

Bremerma« (L.). — Diverticulum of urinary bladder (*Med. And. Sin*, 1917, p. 295).

Brenner. — Diverticule vésical (*Teits. of. Urol. Chir. Ofre.*, I II, 1923).

Briggs et Maxwell. — (*Jour. of Urolog.*, juillet 1926).

Bryan. — Diverticula of the bladder With report of Case

(*The American Journ. of Urolog.*, t. IX, n° 2, février 1913, p. 72).

Cabot (H.). — Observations upon ten cases of divestic. (*Boston M. S., Journ*, 1915, p. 365).

Cassanetto. — Calculs libres et diverticulaires (*Journ. d'Urol.*, t. X, n° 3, p. 223, 1920).

Charbonnier. — Les diverticules de la vessie (*Thèse*, Paris 1912).

Chevassu. — XXII[e] congrès français d'Urol., p. 187, 1922. — *Soc. française d'Urol.*, 1934.

Close (W.-John). — The Mode of development of a vesical diverticulum (*Med. Journ. of Australia*, 1933, 1).

M. Mc. Clure, Young. — A case of diverticulum at the vésical ofice (*The Urol. And Cutan Review*, mars 1922, p. 140).

Colpaert Clap (Madame). — Contribution à l'étude des diverticules de la vessie (*Thèse*, Lille, juin 1939).

Cristol. — (*Journ. d'Urolog.*, t. VII, 1918, p. 589). — Tuberculose diverticulaire, 1 cas.

Day (Robert). — The intravesical use of mineral oil and argyrol solution in the palliative treatment of bladder diverticulosis (*The Journ. of Urol.*, vol. 1929, n° 13).

Day et Martin. — Diverticule of the urinary bladder Feature observat. (*Journ. Amer. Med. Ass.*, 1925, 84, n° 4, p. 268).

— Diverticuls vésicaux (*Journ. Med. Amer. Ass.*, vol. 112, n° 6, 11 février 1938, pp. 509-513).

Delbet. — Vices de conform, cong. de la vessie et leurs trait. (*Ann. des maladies génito-urinaires*, 1907, p. 641).

Dossot (R.). — (*Journ. d'Urol.*, 47, n° 2,, 1938, p. 161).

Durrieux. — Les diverticules de la vessie (Paris 1901).

Duvergey (Bordeaux). — Diverticules de la vessie avec adénome prostatique traités et guéris par la diverticulectomie et la prostatectomie (*Ass. Fr. d'Urol.*, Congrès 1924, p. 454).

— Les grands divericules congénitaux de la vessie (*Bordeaux Chirurgical*, n° 2, avril 1933).

ENGLISCH. — Isorlite Entsundung der Blaendivertikel und Perforations Peritonitis (*Arch. fur Klin. Chir.*, 1904, t. XXII, p. 1 à 67).

ETIENNE. — Les diverticules de la vessie (*Thèse*, Montpellier, 1911).

FABRE et REGEY. — La maladie du col vésical (*Toulouse Médical*, mars 1947).

FALAIZE. — Les diverticules vésicaux, leur traitement actuel et ses techniques récentes (*Thèse*, Paris 1932).

FEY. .. Les indications de la résection endo-urétrale (trentesixième congrès d'Urologie, 1936, p. 793).

FEY. — Les indications de la résection endo-urétrale (XXXVI[e] Congrès d'Urologie, 1936, p. 793).

FEY - DOSSOT - WOLFRAMM. — Du rôle de la résection endo-urétrale dans le traitement des diverticules de la vessie (*Mém. de l'Acad. de Chirurgie*, t. 66. n° 23).

FRANÇOIS (Jules). — Les diverticules vésicaux (Scalpel 1922, p. 1.269).

GAYET. — Diverticule de la vessie (*Lyon Chirurg.*, 1922, 19, n° 4, p. 455).

GAYET et GAUTHIER. — Les diverticules de la vessie (XX[e] Congrès de l'Ass. Franç. d'Urol., 1922).

— Congrès de l'Ass. Franç. d'Urol., 1934, p. 561).

GREZZI C.). — Sul vero diverticulo laterale della vesica (*Morgagni Milane*, 1914, S. 249).

GRIPEKOVEN. — Les diverticules de la vessie (*Bruxelles Med.*, 30 juin 1929).

GRIPEKOVEN et FIEVEZ. — Les diverticules de la vessie (*Ann. Inst. Chir., Brux.*, 15 juin 1038, n° 6, p. 89).

— Les complications des diverticules vésicaux (*Ann. Inst. Chir., Brux.*, n° 7, p. 105, 15 septembre 1938).

HAGNER (F.-R.). — A case of diverticulum of the bladder (*Tr, Ann. Ass. Génito-Urinary Surg., New-York* 1914, S. 51).

HEITZ-BOYER. — Les diverticules de la vessie et diverticule prostatique (*J. d'Urol.*, t. XXXVII, janvier 1934).

— A propos du traitement opératoire des diverticules vésicaux (*J. d'Urol.*, t. 39, n° 3, mars 1935).

HOWARD (H.-W.). — Divert. of the bladder (*Tr. Ass. Med. School Univers Oregon*, Portland 1918, S. 21).

HYMAN et BEER. — Urologie infantile, Paris, 1933.

INDORFF (A.). — Trait. chir. des divert. de la vessie (*Thèse*, Lyon 1919).

JOLY (J.-S.). — Congenital diverticulum of the bladder (*Ann. J. Urology* New-York, S. 488).

JUDDE (E.-S.). — Diverticula of the bladder (*Ann. Philadel.* 1918, S. 298).

— Surgery Gynecology and Obstetric 1919 (t. 29, p. 298).

KROISS. — Zur Divertikelfruge (*Zeits. Urol. Chir.*, 1920, p. 120), (*Wiener Urol. Ges.* 1921, 1919, p. 1), und (*Zeits Urol. Chirur.*, 1921, 6, p. 415).

KROGIUS (Ali). — Diverticule congénital de la vessie (*Urol. and Cut Rev.* Saint-Louis 1917, p. 606).

LEGUEU (Félix). — Les diverticules de la vessie (clinique du prof. Legueu, recueillis par Laporte, *Progrès Méd.*, 21 janvier 1922).

LHEZ, — Les diverticules de la vessie (*Toulouse Méd.*, mars 1947).

LUYS (G.). — De la disinfection des diverticules de la vessie par la cystoscopie à vision directe (*Soc. Chirur. de Paris*, 19 mars 1922).

MARC. — Contribution à l'étude des diverticules de la vessie (*Thèse*, Bordeaux 1937).

MARION. — Traité d'Urologie (Masson, Paris). de la résection des diverticules de la vessie (*Ass. Franç. d'Urol.*, congrès 1913, p. 130).

PASTAU. — Diagnostic et traitement des calculs diverticulaires (*Com. à la Soc. belge d'Urol.*, 1913).

PAPIN. — Cystoradiographies (*Soc. Franç. d'Urol.*, juill. 1919 n° 2, p. 55).

PERTHUS (J.-R.). — Rôle de la résection endo-urétrale dans le traitement des diverticules de la vessie (*Thèse*, Paris 1941).

PRÉTORIUS. — Cas de vessie cloisonnée avec remarque sur la pathogénèse et le traitement des vessies à diverticules (*Zeitscl. f. Urol.*, t. 15, fasc, 10, 1921, p. 423 à 435).

PUGH (W.-S.). — A modern conception of divert. of the bladder Internat. (*J. M. S. S.* 1932, 65).

RASCHER. — Un cas de diverticule congénitale de la vessie (*Bul. de la Société Bulgare de Chirurg.*, n° 314, 1934).

RÉMY (Louis). — *Thèse de Lyon*, 1934.

ROCHET. — *Société de Chirurg. de Lyon*, mars 1922.

ROSE (D.-K.). — Stages in Formation of bladder diverticulum (*South Med. J.* 1926, 19, 206).

— The pathogenesis of bladder diverticul. (*Arch. of Surg.*, 14, I, 1937).

SANCHEZ. — Diverticule de la vessie (*Rev. espagnole de Chirurgie*, novembre 1923).

SIMON. — Symptomatologie, traitement, diagnostic des divert. de la vessie (Brum s Beitrage zur clinisschench ir fascicul. I, 1923).

WAFIADIS. — Désinfection des diverticules de la vessie (*Thèse Paris*, 1921).

VILLEMIN. — Congrès 1931 de l'Ass. Franç. d'Urol., p. 561.

WALTMAN. — Walters et Stanford, rapport des diverticules vésicaux avec l'obstruction du col vésical (*Surgery Gynecology and obst*, vol LV, n° 1, juillet 1932).

WERSHAL. — Les diverticules de la vessie chez la femme (*The Amer. Journ, of Surgery*, vol XVI, n° 2, mai 1932).

YOUNG. — Excision of vesical diverticula (*Surg. Gyn. and Obst. Chicago*, 1918, p. 125).

YOUNG and Mac CLURE. — Un cas de diverticule siégeant à l'orifice vésical (*The Urolog. a cut., Rev*, 1922-1926, n° 3, p. 140 in *Jour. d'Urol.*, 1923).

ZERBINA. — Sobre un caso de div. ves. (*Semana Med. Buenos-Ayres*, 1915, p. 213).